

Este documento, tiene una finalidad meramente informativa. El día de la realización del tratamiento, se le hará entrega del mismo formulario, pero personalizado con sus datos y los datos del doctor que le intervendrá, y sí tendrá validez como consentimiento al realizar la intervención ahora descrita. El objetivo de esta entrega previa, es que lo pueda leer detenidamente y si le surge cualquier tipo de duda, nos los pueda hacer saber con anterioridad a la intervención.



TEXTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE MASCARILLA DE RELAJACIÓN (SEDACIÓN CON ÓXIDO NITROSO – OXÍGENO)

FINALIDAD Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO:

La realización de algunos procedimientos o cirugías orales puede resultar molesta o incluso muy dolorosa. Para facilitar la relajación del paciente y conseguir una mayor colaboración se propone la aplicación de una sedación que, efectuada por odontólogos o médicos estomatólogos con la titulación necesaria, permite que estas intervenciones y procedimientos sean realizados con el máximo confort y seguridad para el paciente.

SEDACIÓN: Consiste en administrar una mezcla de gas medicinal, óxido nitroso y oxígeno, que consiguen la relajación del paciente durante la realización del procedimiento. El paciente está despierto, pero más tranquilo.

Este procedimiento no elimina el dolor y por tanto, en los procedimientos que pueden generar dolor debe ser administrada también anestesia local.

MOLESTIAS HABITUALES DERIVADAS DEL PROCEDIMIENTO/RIESGOS GENERALES:

Durante el procedimiento o intervención, el odontólogo o médico estomatólogo, además de realizar la técnica anestésica, controla sus constantes vitales y trata las posibles alteraciones.

En cualquier procedimiento bajo anestesia, existen riesgos y/o complicaciones que pueden producirse tanto durante la inducción anestésica, como durante la intervención quirúrgica.

Estos riesgos y/o complicaciones podrían producir alteraciones cardíacas, respiratorias, metabólicas, neurológicas, y/o reacciones alérgicas.

La incidencia de complicaciones en pacientes sometidos a sedación es muy baja y cuando ocurren suelen relacionarse con sensación nauseosa o vómitos

RIESGOS RELACIONADOS CON LAS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES DEL PACIENTE:

Sus circunstancias personales pueden incrementar, o no, la incidencia de aparición de los riesgos mencionados, y también la aparición de otros nuevos:



Me han informado de que este procedimiento está contraindicado en embarazo, obstrucción de vías respiratorias o respiración nasal defectuosa, estados de hipovitaminosis B12, hipertensión o patologías derivadas como accidentes vasculares cerebrales, insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumotórax o neumomediastino, cirugías del oído medio, intervenciones oculares y patología del fondo de ojo.

Del mismo modo me informan que medicamentos como los estupefacientes, tranquilizantes o sedantes y el alcohol pueden potenciar el efecto de la sedación y por tanto no es recomendable su uso previo.

DECLARO:

Me ha sido entregada hoja informativa y de instrucciones.

He comprendido las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo. Comprendo en qué consiste y las consecuencias que puede tener, los riesgos y las alternativas.

El facultativo que me ha informado, me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha resuelto las dudas que le he planteado y me ha comunicado su disponibilidad para ampliar la información en caso de desearlo.

Si surge cualquier circunstancia imprevisible que requiera una decisión urgente y de alto riesgo durante el proceso que requiera, a su juicio, procedimientos adicionales o diferentes a aquellos que se prevén en este momento, le solicito que proceda de la manera que considere conveniente, y le autorizo a efectuarlos.

CONSENTIMIENTO:

Una vez he sido debidamente informado por el facultativo de todos los aspectos antes mencionados, expreso de forma libre, voluntaria y consciente, mi CONSENTIMIENTO y AUTORIZO a que se efectúe el procedimiento terapéutico propuesto (sedación) así como la recogida de datos clínicos con fines científicos, conociendo que en cualquier momento puedo revocar libremente este consentimiento.

Consúltenos si tiene cualquier duda:

93 731 78 20

 608 297 949

Puede descargarse esta información en:

<http://www.dentalcanparellada.es/pdf/consentimiento/mascarilla-relajacion-cas.pdf>